Monsieur le ... hommage de l'auteur
Larcher

DE

L'HYPERTROPHIE NORMALE

DU CŒUR

PENDANT LA GROSSESSE,

ET DE SON IMPORTANCE PATHOGÉNIQUE,

Par le Dr LARCHER,
ancien Interne des Hôpitaux civils de Paris,
Lauréat de l'Académie impériale de Médecine,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Mémoire adressé à l'Académie des sciences le 6 avril 1857.



Extrait des Archives générales de Médecine,
numéro de mars 1859.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

—

1859



DE

L'HYPERTROPHIE NORMALE

DU CŒUR

PENDANT LA GROSSESSE,

ET DE SON IMPORTANCE PATHOGÉNIQUE.

La vascularité d'un organe est en raison directe de l'importance de ses fonctions.
(SERRES.)

C'est la fonction qui détermine l'organe, et non l'organe qui détermine la fonction.
(MILNE-EDWARDS.)

Avant d'appeler sur le résultat de nos recherches l'attention du monde savant, alors surtout qu'en matière de découvertes le vaste champ de l'anatomie humaine offre à peine encore aujourd'hui quelque chose à glaner, et quand tout semble avoir été dit sur la structure aussi bien que sur le rôle des principaux organes, nous n'avons pu nous défendre d'abord d'un peu d'hésitation, et plusieurs fois nous nous sommes demandé s'il n'y avait pas, de notre part, quelque témérité à venir signaler *un fait anatomique ignoré,* à proclamer l'existence d'*une loi physiologique jusqu'ici inconnue.* Nous nous décidons cependant, sous l'empire d'une conviction profonde, et c'est avec l'espoir d'ajouter un grain de sable au grand édifice de la science, que nous livrons enfin notre travail au criterium de la publicité.

Nous diviserons en deux parties le résumé de nos études. La première exposera le fait anatomique par nous mis en lumière, sa généralité, ses conséquences physiologiques ; la seconde en fera connaître les déductions, l'importance pathogénique.

§ Ier.

CONSTATATION DE L'HYPERTROPHIE NORMALE DU CŒUR PENDANT LA GROSSESSE.

Il y a longtemps déjà que, pour la première fois, se révélait à notre observation la loi physiologique bien remarquable qui fait aujourd'hui l'objet de ce mémoire.

Présentée sous sa forme la plus concise, cette loi peut être ainsi formulée :

Le cœur, dans l'espèce humaine, est normalement hypertrophié pendant le cours de la gestation.

Notre internat à l'hospice de la Maternité de Paris, en 1826 et 1827, nous a en effet placé dans les circonstances les plus favorables pour constater l'hypertrophie normale du ventricule gauche du cœur pendant la gestation et pour en étudier l'influence.

Notre examen portait en général sur des femmes âgées de 18 à 35 ans, et tel était leur nombre qu'elles nous présentèrent tour à tour toutes les variétés supposables de tempérament et d'organisation. Parmi ces femmes, les unes étaient malades longtemps avant leur accouchement, d'autres depuis peu ; mais d'autres (et c'était le plus grand nombre) étaient restées jusqu'alors en parfait état de santé et elles avaient presque toutes succombé, plus ou moins promptement, à la fièvre puerpérale. C'est dire que nul désordre intérieur, nulle lésion n'avait précédé ou provoqué chez elles l'hypertrophie du cœur. Dès lors, et la conclusion était rigoureuse, nous nous trouvions en présence d'un état physiologique spontané, nécessaire, et cet état ne pouvait puiser sa raison d'être que dans les nouvelles conditions d'organisme produites par la grossesse.

Nous avons multiplié nos observations de manière à écarter toute espèce de doute ; nous avons porté celles-ci au moins jusqu'au nombre de 130, et elles ont servi de base à nos remarques et à leurs déductions.

En admettant comme type et comme point de comparaison les proportions relatives d'épaisseur des ventricules du cœur, telles que les a posées Laënnec et que la science les accepte aujourd'hui, on trouve que les parois du ventricule gauche doivent avoir, dans

l'état naturel, une épaisseur un peu plus que double de celle des parois du ventricule droit.

Or, pendant la grossesse et peu de temps encore après l'accouchement, il n'en est plus ainsi : le ventricule aortique est manifestement hypertrophié; l'épaisseur de ses parois est augmentée d'un quart au moins, d'un tiers au plus; le droit et les oreillettes conservent leur épaisseur normale ; le ventricule gauche seul devient plus épais, plus ferme, et se colore d'un rouge plus vif.

Quelles doivent être les conséquences de cette hypertrophie au point de vue physiologique d'une part, et d'une autre, au point de vue pathologique ? Il est facile de le pressentir.

Dans l'état physiologique, le cœur, lorsqu'il est hypertrophié *temporairement* chez les femmes enceintes, imprime au mouvement circulatoire une plus grande énergie, *qui se traduit à l'auscultation par le bruit de soufflet,* comme il arrive dans toute autre hypertrophie du même ordre; et c'est cette plus grande muscularité du cœur à sang rouge qui permet ainsi à l'organisme de pourvoir à la fois à deux existences.

Dans l'état pathologique au contraire, cette hypertrophie normale, toute normale qu'elle est, devient un danger, une circonstance véritablement aggravante, et peut, ainsi que nous le verrons bientôt, déterminer ou augmenter divers troubles fonctionnels.

Avant de continuer cet exposé de nos recherches, nous croyons utile de mettre sous les yeux du lecteur les différentes vicissitudes par lesquelles a déjà passé ce qu'on nous permettra d'appeler notre découverte.

Quel que soit, en effet, le degré d'importance qu'on veuille accorder à cette loi physiologique, elle s'appuie sur l'évidence des faits; la généralité de ceux-ci, leur constance surtout, l'ont placée désormais hors de toute contestation. Mais elle a subi le sort commun à toutes les idées nouvelles qui tendent à se produire ; elle a rencontré des entraves et des contradicteurs, et, avant de prendre rang parmi les vérités scientifiques, il a fallu qu'elle traversât plusieurs phases.

En 1828, notre collègue et ami, M. le D[r] Ménière, publia dans les *Archives générales de médecine* (t. XVI, p. 489) un mémoire intitulé : *Observations et réflexions sur l'hémorrhagie cérébrale, considérée pendant la grossesse, pendant et après l'ac-*

couchement. On y trouve, page 521, cette indication commémorative de nos observations :

«L'impression de ce mémoire était presque achevée, lorsque nous avons reçu de notre ancien collègue et ami, M. Larcher, une note qui nous a paru trop importante pour ne pas en enrichir notre travail ; elle s'y rattache d'ailleurs d'une manière si directe, *qu'elle paraît de nature à en former la base.* Il s'agit d'une observation faite sur un très-grand nombre de femmes mortes à différentes époques de la grossesse ou peu de temps après l'accouchement. Chez presque tous les sujets placés dans ces circonstantes, *le ventricule gauche est évidemment hypertrophié.* Suivant Laënnec, les parois de ce ventricule doivent avoir une épaisseur un peu plus que double de celle des parois du ventricule droit. D'après les recherches de M. Larcher, cette proportion est presque constamment augmentée pendant l'état puerpéral, et l'augmentation varie *depuis un quart jusqu'à un tiers en sus.* Le ventricule droit et les oreillettes conservent leur épaisseur normale ; *le ventricule gauche seul devient plus épais, plus ferme, et d'un rouge plus vif.*

«En admettant le fait, on voit de suite quelles sont les conséquences qui en découlent. *Que l'hypertrophie soit la cause ou l'effet de la pléthore,* toujours est-il qu'elle imprime au mouvement circulatoire une énergie qui explique tous les accidents de la grossesse. La même cause qui préside à l'accomplissement physiologique de la gestation et de ses suites détermine aussi les troubles pathologiques dont nous nous sommes occupé. La plupart des explications que nous avons données dans le cours de ces recherches se trouvent ainsi confirmées. Nous devons dire cependant que parmi les autopsies de femmes en couches que nous avons faites ou vu faire, il n'en est qu'un petit nombre où nous ayons noté l'augmentation d'épaisseur du ventricule gauche. Il est vrai que, notre attention se portant de préférence sur d'autres organes, la chose a pu nous échapper. M. Schedel, qui a fait à l'Hôtel-Dieu pendant deux ans le service des femmes en couches, n'a pas fait les mêmes remarques que M. Larcher ; mais cela ne peut constituer une objection. Toutes les personnes qui ouvrent des cadavres savent avec quelle facilité certaines lésions échappent à des yeux non prévenus. Il faut donc examiner la chose avec tout le soin que mérite son im-

portance réelle, et le temps n'est pas éloigné où l'on saura d'une manière exacte ce que l'on en doit penser. »

En 1833, le Dr Rochoux (1), n'admettant en aucune manière la condition de grossesse comme une prédisposition à l'apoplexie, repoussa l'opinion exprimée par le Dr Ménière, et enveloppa, *sans examen*, dans la même réprobation le *fait anatomique* signalé pour la première fois par nous, et sur lequel le Dr Ménière avait cru pouvoir s'appuyer.

Mais à l'incrédulité, à la réprobation émise par le Dr Rochoux, nous opposerons deux ordres de faits qui, l'un et l'autre, et à des distances différentes, sont venus corroborer nos observations et justifier le bienveillant accueil que leur avait fait le Dr Ménière.

En 1837, M. le Dr Jacquemier, alors interne à la Maternité de Paris, constatait le bruit de soufflet à la région précordiale pendant la grossesse, et il signalait cette circonstance dans sa thèse inaugurale (2).

Or chacun sait que ce bruit de soufflet implique, ainsi que nous l'avons dit un peu plus haut, l'hypertrophie de l'organe qui le produit. En conséquence, le fait du bruit de soufflet établit déjà

---

(1) *Dictionnaire de médecine*, t. III, p. 504.

(2) « Dès le commencement, j'ai été frappé d'un fait auquel j'étais loin de m'attendre, qui m'a beaucoup surpris. En auscultant la région précordiale des femmes enceintes ou nouvellement accouchées, j'entendais assez souvent un bruit de soufflet bien marqué; comme il se reproduisait souvent, je ne pouvais longtemps invoquer des rhumatismes anciens, de légères affections des valvules, pour m'en expliquer la cause. Le souvenir de mes lectures ne me rappelait rien à ce sujet; il n'en est question ni dans les ouvrages des accoucheurs ni dans les travaux récents sur les maladies du cœur. J'en parlai à M. Moreau, qui me dit connaître le fait et l'avoir observé aussi assez souvent. Dès lors le cadre de mes observations s'agrandit et prit un caractère plus général, etc. » (Pag. 7.)

. . . .

« Le bruit de soufflet de la région précordiale, chez les femmes enceintes, me semble devoir admettre la même explication qu'on en a donnée pour la pléthore : c'est, d'une part, la trop grande quantité de sang, la prédominance de la fibrine; de l'autre, les cavités du cœur momentanément trop petites, et leur augmentation d'énergie pour mouvoir cette plus grande masse de sang, qui déterminent cette altération du bruit du premier temps. La persistance du même bruit, chez quelques femmes nouvellement accouchées, me semble reconnaître la même cause. » (Pag. 38.) . . . .

. . . . « C'est évidemment l'état du sang, la pléthore, qui, dans la grossesse, est la cause du bruit de soufflet. » (Page 38.)

l'existence de notre loi, et en effet, lorsqu'en 1826 et 1827, les professeurs Chaussier et Deneux nous confiaient le service des femmes enceintes à l'hospice de la Maternité, chaque jour nous fournissait l'occasion d'observer *le constant rapport qui existe, pendant la grossesse, entre le bruit de soufflet perçu par l'auscultation à la région précordiale et l'état hypertrophique du ventricule gauche, toujours constaté à l'autopsie.*

D'un autre côté, en 1846, M. le Dr Beau, désireux, comme il le dit, de savoir à quoi s'en tenir sur le fait par nous annoncé, soumettait la question à une épreuve nouvelle, et en consignait les résultats dans son savant mémoire sur *le bruit des artères* (1), et, à cette occasion, il s'exprime ainsi :

« Comme complément à l'histoire de ce genre d'apoplexie, M. Ménière a fait suivre son mémoire d'une note de M. Larcher, dans laquelle *ce médecin dit avoir observé que dans la grossesse, il y avait hypertrophie du cœur, et notamment du ventricule gauche.* Comme on le comprend, ce fait n'a rien qui doive nous étonner, puisque nous avons montré jusqu'à présent que les bruits artériels supposent toujours une dilatation du cœur, *jointe à une hypertrophie plus ou moins notable.* Voulant savoir décidément à quoi m'en tenir sur le fait énoncé par M. Larcher, je m'adressai à M. Ducrest, interne à la Maison d'accouchements pendant l'année 1843 ; je le priai de vouloir bien porter son attention sur ce point d'anatomie pathologique, et de prendre la mesure des parois du cœur sur un certain nombre de femmes qui viendraient à succomber après l'accouchement. M. Ducrest, dont le nom, du reste, est avantageusement connu dans la science, a fait à ce sujet des recherches marquées au coin de la plus rigoureuse exactitude. Il m'a remis un tableau statistique que je regrette de ne pouvoir publier en entier, à cause de son étendue; je me contenterai de faire connaître les principaux résultats qu'il renferme.

« Ce tableau est dressé sur un relevé de 100 femmes, âgées pour la plupart de 20 à 30 ans, et mortes en couches; sur toutes, la mesure des parois du cœur a été prise à la partie la plus épaisse du ventricule gauche. Le maximum de cette épaisseur est de 0m,018

(1) *Archives générales de médecine*, 4e série, t. X, p. 28

dans cinq cas; il s'élève même, dans un cas, à 0^m,022; le chiffre le plus bas est de 0^m,011 dans huit cas; chez la plupart, l'épaisseur est de 0^m,016; la moyenne de toutes ces mesures est de 0^m,015.

« Si maintenant on compare le chiffre de cette moyenne avec celui de 0^m,010, donné par M. Bizot (1) comme représentant l'épaisseur normale du ventricule gauche chez la femme (*Mémoires de la Société médicale d'observation*), on voit qu'il lui est supérieur de 0^m,005. *Il suit de là que le cœur des femmes, pendant la grossesse, est affecté d'hypertrophie, et dès lors on doit considérer comme exactes les premières observations faites à ce sujet par M. Larcher.* »

Remercions d'abord M. le Dr Beau du soin qu'il a pris de faire en quelque sorte *contrôler anatomiquement* nos observations et leurs conséquences, en provoquant sur ce point médical les savantes et consciencieuses recherches de M. Ducrest.

Nous l'avons déjà dit, *cent trente observations* recueillies par nous, en 1826 et 1827, à la Maternité de Paris, nous ont permis d'asseoir sur sa véritable base la loi que nous avons posée; *et voici que cent autres faits constatés quinze ans plus tard,* en 1843, également à la Maternité de Paris, dans les mêmes conditions et avec la plus rigoureuse exactitude, par M. Ducrest, viennent à leur tour fournir des résultats parfaitement semblables et confirmer de tout point les premiers.

En présence de ces deux groupes de faits et de leur évidente corrélation, la question, selon nous, est complétement élucidée, et se résout, comme on l'a vu, par l'affirmative.

Ainsi l'hypertrophie normale du cœur, pendant la durée de la grossesse, est un fait surabondamment prouvé (2).

---

(1) Prendre ici pour type et comme point de comparaison le chiffre en moyenne donné par M. Bizot, de Genève, comme représentant l'épaisseur normale du ventricule gauche du cœur chez la femme, en dehors de l'état de grossesse, c'est assurément se renfermer dans les termes de la plus rigoureuse exactitude. Tout le monde connaît d'ailleurs les belles recherches de M. Bizot sur le cœur et sur le système artériel chez l'homme, et pour trouver là à la fois une double garantie d'attention dans la recherche des faits et de précision dans leur résultat, il suffit de rappeler à cet égard que le travail de ce savant observateur a été entrepris pendant son internat dans le service de M. Louis.

(2) S'il n'est pas encore démontré pour nous, il est au moins supposable que

On savait depuis longtemps que, pendant la gestation, l'utérus, distendu, augmente d'épaisseur, en même temps qu'il augmente aussi de volume; on savait encore qu'en cette circonstance, et *temporairement*, les parois de cet organe représentent un véritable muscle creux, comme les autres muscles de la vie organique; enfin les plans fibreux qui le constituent avaient été, de la part de Mme Boivin, l'objet d'une description savante et parfaitement exacte.

On avait observé qu'aux abords et dans l'épaisseur de l'utérus le volume des vaisseaux sanguins est quintuplé, décuplé, et qu'il en est de même aussi, à la fin de la grossesse, pour le système sanguin des glandes mammaires.

Ce qu'on ignorait, ce que nous avons pu, le premier, mettre en lumière, c'est cette remarquable *loi de coïncidence entre l'hypertrophie du cœur et celle de l'utérus pendant la grossesse.*

Quoi de plus remarquable, en effet, que cette simultanéité de développement, que cette surabondance de vie et dans l'organe qui contient le produit de la conception, et dans l'organe qui projette le sang nécessaire à son accroissement!

Observons encore d'ailleurs combien ici tout s'harmonise et semble concourir à un même résultat, et n'oublions pas que *la pléthore, chez les femmes enceintes, n'est pas un simple accident plus ou moins commun, mais bien un phénomène constant, une condition physiologique nécessaire.*

Ne serait-ce pas ici le lieu de répondre à une objection qui semble ressortir des savantes recherches de M. Andral sur les modifications de proportion des principes du sang (1)?

---

cette loi nécessaire de l'organisme ne s'applique pas seulement à l'espèce humaine, mais aussi à toute la série des mammifères, et qu'elle sera constatée avec plus d'évidence encore dans ses caractères anatomiques, en même temps qu'elle deviendra plus saisissable dans son expression physiologique, quand des recherches ultérieures, dirigées dans ce but, auront pour objet des animaux à gestation de plus longue durée.

(1) L'anémie peut être aussi la suite de certaines modifications appréciables de l'organisme qui exercent une influence sur le sang. Dans ce cas, la composition du sang se montre la même que dans l'anémie spontanée; c'est-à-dire que les globules seuls ont diminué, tandis que la fibrine et l'albumine du sérum sont restées intactes. C'est ce qui a lieu chez beaucoup de femmes enceintes, dont le

Pourquoi, nous dira-t-on peut-être, pourquoi l'importance que vous attribuez au rôle de la pléthore chez les femmes enceintes, alors que les résultats obtenus par M. Andral ont fréquemment constaté dans le sang de celle-ci toutes les conditions de l'anémie? Nous répondrons qu'ici la contradiction est plutôt apparente que réelle.

En effet, il ne faut pas perdre de vue que les recherches de M. Andral ont eu et devaient nécessairement avoir pour objet l'*examen du sang veineux :* or ce sang, c'est du sang de retour, du sang qui vient de se dépouiller de ses éléments de nutrition, et alors peut-on être surpris d'un amoindrissement dans le nombre des globules sanguins, pendant que l'autre sang, le *sang artériel,* le sang oxygéné, le sang qui vivifie, n'a pas été, ne pouvait pas être examiné comparativement.

Ainsi donc, tout en admettant d'ailleurs l'amoindrissement dans le nombre des globules sanguins, fréquemment rencontré par M. Andral dans le *sang veineux* des femmes enceintes, nous persistons à considérer la *pléthore* comme un phénomène constant ou au moins presque constant de la grossesse, phénomène souvent signalé par les anciens, admis encore généralement de nos jours, et que, pour notre part, nous rapportons bien plutôt à l'ordre physiologique qu'à un état pathologique.

C'est ainsi que pensait également le professeur Desormeaux, lorsque dans le *Dictionnaire de médecine,* t. X, p. 415, il résumait en ces termes l'opinion des meilleurs praticiens:

« On ne peut s'empêcher de reconnaître que cet état (la pléthore) est un phénomène constant de la grossesse.....

« La pléthore dépend peut-être moins de la rétention du sang menstruel que de l'activité augmentée de la nutrition..... »

Remarquons enfin, à l'occasion du rôle important que nous attribuons à l'organe central de la circulation, que l'action de la *force formatrice* est plus puissante chez la femme que chez l'homme.

---

sang perd de ses globules sans perdre de sa fibrine. La moyenne des globules est chez elles ce que nous l'avons trouvée dans les cas d'anémie faible. (*Essai d'hématologie pathologique*, p. 51.) . . . .

Le bruit de souffle se montre assez souvent chez les femmes enceintes, ce qui est en rapport avec la diminution fréquente que les globules éprouvent chez elles (*Id.*, p. 51).

Aussi les quelques lignes suivantes, empruntées à Meckel (1), semblent-elles confirmer la loi que nous posons de l'hypertrophie normale du cœur pendant la grossesse :

« La force formatrice (*nisus formativus*) est plus énergique dans la femme que dans l'homme. De là le développement plus rapide de la première, la résistance plus grande qu'elle oppose aux maladies, la tendance de son organisation à l'embonpoint, *la faculté de conduire à un développement complet, ou du moins fort avancé, un nouvel être,* sans le concours du mâle, comme on le rencontre dans beaucoup d'animaux ; de là encore la reproduction spontanée de certaines parties, telles que de la graisse, des os, des poils et des dents, dans les organes générateurs femelles, surtout dans les ovaires ; parties dont l'existence simultanée indique *une tendance réelle à la formation d'un organisme nouveau,* et que l'on rencontre beaucoup plus fréquemment dans les femmes que dans les hommes. »

Il est donc évident que, dans l'ordre physiologique, chez les femmes enceintes, l'état pléthorique d'une part, et de l'autre l'état hypertrophique du cœur, se trouvent dans les conditions d'une parfaite harmonie, et répondent merveilleusement aux nouveaux besoins de l'organisme.

Ainsi démontrée, dirons-nous, cette loi physiologique n'est-elle pas en parfait rapport avec le principe posé depuis longtemps par l'un des plus illustres vétérans de la science, par M. Serres, à savoir : que la vascularité d'un organe est en raison directe de l'importance de ses fonctions ? Ne vient-elle pas aussi à l'appui de cette opinion plus récente et si bien exprimée de M. Milne-Edwards : c'est la fonction qui détermine l'organe, et non l'organe qui détermine la fonction ?

§ II.

IMPORTANCE PATHOGÉNIQUE DE L'HYPERTROPHIE NORMALE DU COEUR PENDANT LA GROSSESSE.

Dans ses limites naturelles, cet état de choses coïncide avec le maintien de la santé, il en est la véritable expression ; *mais il re-*

---

(1) *Anatomie comparée,* t. Ier, p. 335.

cèle en lui une prédisposition nécessaire aux congestions sanguines et aux hémorrhagies.

Et déjà cette circonstance fait pressentir *l'importance pathogénique de l'hypertrophie du cœur pendant la grossesse et après l'accouchement.*

Si en effet, dans l'état régulier, cette hypertrophie, qui a puisé sa raison d'être dans la gestation elle-même, disparaît graduellement après la parturition, il en est peut-être autrement dans des conditions exceptionnelles.

Ne suffit-il pas, par exemple, que chez une femme les grossesses se multiplient, se rapprochent, soient continues en quelque sorte, pour que l'hypertrophie temporaire, que nous appelons *normale*, parce qu'elle se produit normalement pendant le cours de la grossesse, devienne une hypertrophie permanente, et désormais anormale.

Telle est sans doute la cause de ces lésions variées de l'appareil circulatoire, depuis les simples désordres nerveux (palpitations, etc.) jusqu'aux hypertrophies, tantôt simples, tantôt avec dilatation, si communes chez les femmes qui ont eu un grand nombre d'enfants, à une époque trop prématurée, à des intervalles trop rapprochés, ou dans des conditions de santé défavorables.

Parlons d'une autre conséquence de l'hypertrophie normale du cœur.

Il y a tout à supposer que la bronchite, si commune pendant la grossesse, emprunte son caractère de persistance à l'état hypertrophique du cœur.

N'est-ce pas aussi à la même cause qu'il faut attribuer *la gravité plus réelle et plus considérable de la pneumonie chez les femmes enceintes, et, comme conséquence, la fréquence plus grande chez celles-ci des avortements et des accouchements prématurés?* Si le ventricule aortique projette avec plus de vigueur dans tous les organes un sang devenu lui-même plus plastique, il est hors de doute que l'organe de l'hématose, brusquement enflammé, doit recevoir un choc plus violent, plus profond, plus durable, et dont les retentissements peuvent atteindre le produit de la conception.

Déjà, en 1841, notre ancien collègue et ami, M. le Dr Grisolle, écrivait (*Traité de la pneumonie*, p. 480) *que, dans plus de la*

moitié des cas, la pneumonie qui affecte une femme enceinte provoque l'avortement ou un accouchement prématuré.

Enfin ne doit-on pas également admettre que, chez les femmes enceintes, cet état hypertrophique du cœur, tout normal qu'il soit, prédispose celles-ci à l'épistaxis, si commune en pareille circonstance, et à l'hémoptysie, moins commune, mais plus grave, à diverses formes de métrorrhagies, et enfin à l'hémorrhagie cérébrale, affection bien plus rare d'ailleurs, mais beaucoup plus redoutable.

On sait que l'hyperémie cérébrale simple se rencontre fréquemment chez les femmes enceintes; c'est là un fait connu de tous les praticiens. Elle coïncide, en cette circonstance, *avec la polyémie et avec l'hypertrophie normale du cœur;* aussi l'observe-t-on surtout pendant les trois derniers mois de la grossesse.

L'hémorrhagie cérébrale, au contraire, beaucoup plus rare, avons-nous dit, pendant la gestation, semble avoir échappé à l'observation générale, et est à peine indiquée dans les ouvrages les plus recommandables. Cependant Mauriceau, Antoine Petit et quelques autres, en ont plus ou moins parlé. Desormeaux s'est montré plus explicite à cet égard; mais c'est évidemment le Dr Ménière qui a le premier appelé l'attention sur l'apoplexie pendant la gestation, et c'est précisément la publication de notre collègue et l'importance qu'il attache à nos observations qui donnent à celles-ci une date certaine et incontestable (1).

Il est démontré pour nous que *le cœur, normalement hypertrophié pendant la grossesse, exerce une notable influence et sur l'intensité et sur la durée des congestions et des phlegmasies aiguës intercurrentes,* en favorisant la double tendance hyperémique et hémorrhagique.

Mais là ne se borne pas le rôle de cet organe pendant la gestation et après la parturition, et c'est un nouveau point de la question que nous traitons ici.

Ainsi, en présence d'une tuberculisation plus ou moins avancée des poumons, le cœur peut, selon telle ou telle circonstance, tantôt suspendre ou au moins ralentir l'œuvre de destruction, tantôt au contraire imprimer à la maladie une marche plus rapide, plus envahissante.

---

(1) Voir plus haut la citation.

Quel est ou au moins quel peut être, selon nous, dans cette circonstance, *le rôle du ventricule gauche du cœur physiologiquement hypertrophié ?*

Sans partager de tout point l'opinion des anciens, qui attribuent à la grossesse, relativement à la phthisie, une sorte de *pouvoir suspensif*, nous pensons, avec M. le professeur Andral et avec beaucoup de praticiens de nos jours, que si la grossesse ne suspend pas la tuberculisation pulmonaire, elle paraît au moins *en ralentir la marche.*

Telle n'est pas toutefois l'opinion exprimée par M. le D[r] Grisolle dans son mémoire intitulé *De l'Influence que la grossesse et la phthisie pulmonaire exercent réciproquement l'une sur l'autre* (1).

M. Grisolle, dans le but d'infirmer l'opinion généralement admise, s'appuie sur plusieurs cas de phthisies survenues pendant la grossesse; il pense et croit avoir prouvé que la grossesse accélère plutôt qu'elle ne retarde la marche de la phthisie pulmonaire.

« Les faits que j'ai analysés, dit-il, déjà assez nombreux, se sont présentés les mêmes d'une manière si constante qu'il est rationnel de considérer les résultats qu'ils nous donnent comme étant l'expression de la vérité. »

Mais remarquons d'abord qu'ici les termes de la question ont été déplacés; que dans l'opinion des anciens, comme dans celle de M. Andral, comme dans la nôtre, *il ne s'agit pas de la phthisie survenue pendant la grossesse, mais de la phthisie préexistante à la grossesse.* De telle sorte qu'à notre point de vue, la dissidence entre les deux opinions est peut-être plus apparente que réelle.

N'est-il pas supposable en effet que, d'une part, quand le travail de la tuberculisation est antérieur à la grossesse et procède avec lenteur (et c'est le cas le plus ordinaire), le cœur hypertrophié projette au loin le sang artériel vers l'embryon, qui, à son tour, l'appelle à lui, comme un bourgeon greffé appelle à lui la sève, et qu'en même temps la sécrétion tuberculeuse se suspend ou se ralentit? Et, d'une autre part, ne peut-on pas admettre que,

---

(1) *Archives générales de médecine*, 4[e] série, t. XXII, p. 41.

dans des circonstances exceptionnelles, *la phthisie coïncidant avec la grossesse, et survenue pendant le cours de celle-ci,* prend une forme plus aiguë, précipite sa marche, et atteint beaucoup plus tôt le terme fatal ; il peut arriver même que le raptus hémorrhagique se porte davantage sur l'organe respiratoire et vienne brusquement donner lieu à une foudroyante hémoptysie.

Quant aux dangers qui résultent de la simultanéité de la grossesse et de la phthisie, l'observation suivante est bien digne d'intérêt :

« Une femme de 28 ans, au septième mois d'une première grossesse, entra à l'hôpital Saint-Louis, le 2 juillet 1829, atteinte de phthisie pulmonaire. Le 17 juillet, quinze jours avant le terme de la grossesse, une hémoptysie foudroyante se déclare ; le sang sort par flots de la bouche et des narines ; une, deux cuvettes sont aussitôt remplies, et la malade expire au milieu de légères convulsions. L'interne de la salle, M. Huguier, arrive au moment même, s'assure de la mort, pratique en toute hâte une incision sur la ligne blanche, ouvre la matrice, et retire par les pieds un beau garçon, que l'on eut d'abord quelque peine à faire respirer, mais qui est encore aujourd'hui plein de vie et de santé. » (Journal *la Lancette,* 8 août 1829.)

Quelle admirable compensation, en effet, dans cette circonstance critique ! Alors que d'un côté le cœur, dans ses conditions normales d'hypertrophie, a dû hâter la mort de la mère en précipitant l'hémorrhagie ; d'un autre côté, son impulsion puissante, en portant la vie jusqu'aux vaisseaux placentaires, alimente en quelque sorte avec plus d'abondance l'enfant qu'elle porte, et une main habile peut sauver les jours de cette petite créature.

N'est-ce pas là un nouvel exemple, entre mille, de cette grande loi de la nature qui tend toujours à la conservation de l'espèce, au détriment même de l'individu ?

Au reste, quelque opinion qu'on se forme de l'influence de la phthisie sur la grossesse, ou réciproquement de celle de la grossesse sur la phthisie, il demeure démontré pour nous, au point de vue qui nous occupe, que le cœur aortique, dans les conditions de l'hypertrophie normale, tend toujours à maintenir l'équilibre entre l'organisme de la mère, que la tuberculisation va détruire, et l'organisme de l'embryon, qui cherche à se développer.

Maintenant, si nous pensons pour notre part que, pendant la

grossesse, le travail de tuberculisation est manifestement ralenti, au moins dans la plupart des cas, nous croyons aussi qu'après l'accouchement et dans l'état puerpéral la marche de la phthisie doit être inévitablement accélérée. Selon nous, la sécrétion tuberculeuse, un moment suspendue ou ralentie, reprend bientôt alors son intensité première, sa marche envahissante, et *le cœur, encore hypertrophié après l'accouchement, doit apporter dans l'appareil respiratoire de nouvelles perturbations.*

Mais bornons ici la série de nos déductions, et résumons en quelques mots la question qui nous occupe au double point de vue physiologique et pathogénique.

Nous l'avons déjà dit, *le cœur, normalement hypertrophié pendant la grossesse, apporte à la fois son contingent d'énergie à deux organismes unis encore et sur le point de se séparer, à la mère d'une part, d'autre part à l'embryon.*

Et, à cette occasion, nous ne saurions trop signaler l'admirable *loi de coïncidence entre l'hypertrophie du cœur et l'hypertrophie de l'utérus pendant la gestation.*

Nous avons surtout fait remarquer la parfaite harmonie qui existe, selon nous, pendant la grossesse, entre l'état pléthorique ou polyémique d'une part, d'une autre l'hypertrophie normale et temporaire du cœur, et enfin l'action de la force formatrice (*nisus formativus*), propre à la femme dans ces mêmes conditions.

Bien plus, dans notre opinion, l'agent d'impulsion du sang dans la circulation ne borne pas là l'importance de son rôle.

L'hypertrophie normale du cœur pendant la grossesse ne cesse pas brusquement avec cette fonction, mais lui survit au contraire plus ou moins longtemps, et n'est pas indifférente peut-être *à cet afflux sanguin dans les mamelles, afflux si nécessaire à la sécrétion lactée.*

Enfin nous avons fait connaître les conséquences d'un tel état physiologique du cœur en présence de certaines maladies intercurrentes, à savoir :

Prédisposition aux diverses lésions du centre circulatoire, alors que, dans certaines conditions, les grossesses sont trop multipliées, trop rapprochées.

Persistance de la durée de la bronchite chez les femmes enceintes.

Gravité et dangers plus considérables de la pneumonie pendant la gestation, avec aptitude plus prononcée à l'avortement ou à l'accouchement prématuré.

Tendance plus grande à provoquer, dans les mêmes circonstances, diverses hémorrhagies, épistaxis, hémoptysies, métrorrhagies, hémorrhagies cérébrales.

Action inverse du même organe dans les conditions hypertrophiques, en présence de la tuberculisation pulmonaire, soit *pendant* la grossesse, soit *après* l'accouchement.

Nous venons d'exposer le résultat de nombreuses observations.

Si, dans cette recherche de la vérité, nos efforts ont été couronnés de succès, ce sera moins à la découverte des faits considérés en eux-mêmes que nous attacherons du prix qu'aux déductions pathogéniques et aux indications pratiques qui doivent en ressortir.

